FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969 No 40

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Michèle ROSENFELD-FANARA

née le 27 octobre 1941 à Paris (14e)

Présentée et soutenue publiquement le : 1969

LES ANEMIES HEMORROIDAIRES.

Président : Monsieur CONTE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 - RUE PASCAL PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1968 *No*

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Michèle ROSENFELD-FANARA

née le 27 octobre 1941 à Paris (14e)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES ANEMIES HEMORROIDAIRES.

Président : Monsieur CONTE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 - RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Therapeutique	LAMOTTE (M.)
Therapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie medicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.) BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.) BOUR (H.) CAROLI (J.) DREYFUS (B.) GROSSIORD (A.) LAMBLING (A.) LAUNAY (Cl.) PAYET (M.) PERRAULT (M.) SIGUIER (F WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR COMTE QUI A BIEN VOULU ME FAIRE L'HONNEUR DE PRESIDER MA THESE .

A MON PERE QUI A SU ME FAIRE AIMER SA PROFESSION ET DONT JE M'EFFORCERAI DE SUIVRE L'EXEMPLE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GORSE

QUI A BIEN VOULU ME PRETER SES DOCUMENTS

PERSONNELS AFIN D'ILLUSTRER CET OUVRAGE .

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE GROOTE DANS LE SERVICE SDE QUI J'AI ACQUIS LES CONNAISSANCES PRATIQUES INDISPENSABLES A L' EXERCICE DE LA MEDECINE .

LES ANEMIES HEMORROIDAIRES

INTRODUCTION.

1°) Les hémorroïdes représentent un chapitre important de la pathologie anale. Elles se rencontrent de plus en plus souvent du fait du mode de vie de nos concitoyens.

Sédentarité, régimes alimentaires déséquilibrés, vie trépidente faisant oublier aux hommes qu'il faut prendre le temps de s'exonérer régulièrement, sont autant de facteurs favorisant la formation d'hémorroïdes.

Les anémies hémorroïdaires par contre ne se rencontrent que chez 1 à 2p.100 des hémorroïdaires.

Si elles représentent un faible pourcentage de la pathologie hémorroïdaire, elles ne doivent pas être ignorées, car parfois bénignes elles peuvent présenter de graves tableaux d'anémie pouvant faire penser à une hémopathie ou à une néoformation.

Le diagnostic peut être facilité par la connaissance d'hémorroïdes ou même par un saignement ayant alarmé la malade, mais il s'agit souvent de rechercher l'étiologie d'une anémie hypochrome sans signe clinique permettant d'orienter la recherche. Souvent le malade connait d'ailleurs ses hémorroïdes, mais il n'ose en parler et il faut insister afin de lui faire dire qu'il a déjà saigné.

Ce n'est qu'à la suite d'une recherche systématique explorant toutes les causes possibles, hématologiques, digestive, néoplasique ou parasitaire et avec un interrogatoire serré, qu'on fera le diagnostic d'anémie hémorroïdaire.

Cependant lorsqu'on a mis en évidence les hémorroïdes, il faut savoir ne pas se contenter de ce diagnostic et ne pas éliminer de cause plus haute sans vérification.

Il serait en effet dangereux de laisser ignoré un cancer digestif, rectal ou colique parce qu'on a découvert des hémorroïdes qui peuvent suffir à expliquer l'anémie.

Lorsqu'on est sûr que les hémorroïdes et elles seules sont en cause, le traitement sclérosant vient alors confirmer le diagnostic car il répare l'anémie de façon spectaculaire.

ANATOMO PATHOLOGIE.

Il existe trois pédicules artériels hémorroïdaux ayant de nombreuses anastomoses entre eux.

1°) - L'hémorroïdal supérieur qui irrigue le haut rectum et la muqueuse du bas rectum.

Il se draine :

-Par le plexus ampullaire qui nait de la sous muqueuse de l'ampoule rectale et perfore les tuniques rectales.

-Par le plexus hémorroïdal interne, formé de nombreuses veines sans valvule et situé entre les colonnes de Morgagni, recevant les veines de la muqueuse correspondante de la zone cutanée lisse et du sphincter lisse,

-Vers les veines hémorroïdales supérieures qui suivent l'artère correspondante pour se jeter dans la veine mésentérique inférieure donc dans le sytème porte.

2°) - L'hémorroïdal moyen qui irrigue la musculeuse du bas rectum.

-Il draine le plexus hémorroïdal externe siègeant à la face externe du rectum entre musculeuse et gaine rectale et qui reçoit les veines du sphincter interne qui ont toutes une disposition longitudinale.

-Il se draine par 2 voies :

-Les veines hémorroïdales moyennes vers la veine hypogastrique et les veines sacrées moyennes vers la veine iliaque primitive. Elles sont donc tributaires du système cave.

3°) - L'hémorroïdal inférieur qui irrigue le sphincter et la zone cutanée du canal anal.

-Il draine le plexus cutané qui est situé dans le tissu adipeux sous sphinctérien et réalise parfois une veine marginale circulaire autour de l'anus.

-Il se draine de part et d'autre ou à travers le sphincter externe vers le système cave par la veine honteuse interne.

4°) - Il existe de larges anastomoses entre les 3 pédicules dans le réseau sous muqueux du canal anal et entre les artères hémorroïdales supérieures et moyennes dans la sous muqueuse et sur la paroi externe du rectum.

.../...

.../...

-Ainsi se trouvent réalisées de larges anastomoses porto-cave, ce qui explique le rôle des hypertensions portales dans le mécanisme des hémorroïdes.

5°) -On distingue deux grands types d'hémorroïdes, définies anatomiquement par rapport à la ligne pectinée ou anocutanée. Cette ligne passe par les valvules de Morgagni et délimite les hémorroïdes internes au dessus.

On peut également ajouter les hémorroïdes mixtes qui ne sont qu'une extension des hémorroïdes internes au dessous de la ligne pectinée.

6°) -Du point de vue microscopique, il faut noter que les hémorroïdes sont des varices d'un type particulier car elles intéressent le réseau capillaire veineux.

Il s'agit de lésions associant un vaso dilatation capillaire avec érythro diapédèse, des thrombophlébites et également une infiltration lymphoplasmocytaire avec sclérose sous muqueuse.

.../...

.../...

PATHOGENIE.

On note de nombreux facteurs intervenant dans la pathogénie des hémorroïdes, ce sont l'inflammation, la congestion passive et active et le terrain hémorroïdaire.

Une notion importante sur laquelle on n'insistera jamais assez, c'est le fait que les hémorroïdes accompagnent très souvent une tumeur rectale, un épithélioma de l'ampoule ou,du sigmoïde et tout particulièrement le cancer du rectum ou les inflammations des rectites, entre autres de la recto colite hémorragique.

1°) - Facteurs d'irritation -

- La constipation joue par le traumatisme, subi par la muqueuse à chaque poussée et aussi par l'irritation due aux laxatifs utilisés par les constipés.

- La diarrhée agit par les répétition des exonérations et l'irritation due aux selles liquides.

2°) - Facteurs de congestion, obstacles -

- L'hypertension portale qui entraine une stase dans le système porte, celle-ci se faisant sentir également au niveau du territoire hémorroïdal.

Les affections en[illegible]es entrainent une stase veineuse dans la région pelvienne.

La grossesse joue par le mécanisme de compression.

Les épices et l'alcool ont un rôle congestionnant bien connu de tous les hémorroïdaires.

.../...

.../...

3°) - Le terrain hémorroïdaire.

Il existe un facteur héréditaire pour les hémorroïdes de même qu'un facteur racial, les hémorroïdes étant plus fréquentes chez les israélites et les arabes, et un facteur social.

Les sédentaires, gros mangeurs et dyspeptiques sont plus prédisposés que les autres à avoir des hémorroïdes de même que les sujets pratiquant des sports violents, de l'équitation ou le cyclisme.

4°) - Les anémies chez les sujets porteurs d'hémorroïdes seraient plus fréquentes chez la femme et présenteraient un maximum entre 40 & 60 ans, ce qui correspondrait au déclin de la fonction hématopoiétique.

- Elles seraient également plus fréquentes chez les Nords-Africains et les sujets atteints d'affections chroniques (syphilis, paludisme.).

- Les intoxications chroniques (alcoolisme, tabagisme, saturnisme) joueraient également un rôle.

Ces facteurs sont cependant très contestés par DE DONATO qui n'a relevé aucun de ces facteurs dans ses observations. Il a même noté que contrairement à ce qu'on pourrait penser, les sujets porteurs de cirrhose étylique sont très rarement atteints d'anémie hémorroïdaire.

Selon les anciens, les saignements dus aux hémorroïdes survenant chez les hypertendus seraient salutaires, en fait A.BENSAUDE a eu deux cas d'anémies hémorroïdaires concernant des hypertendus ce qui infirme cette notion.

.../...

.../...

CLINIQUE.-

Nous passerons rapidement sur les signes classiques des hémorroïdes avec :

- soit une gêne au niveau de l'anus avec sensation de pesanteur, de plénitude rectale, de prurit et douleur à type de brulure au moment de l'évacuation fécale, ses signes évoluant par crises plus ou moins rapprochées.

- soit les accidents pouvant être révélateurs qui sont les thromboses externes et internes, les procidences réductibles et irréductibles, les crypto papillites, les polypes, les marisques et les manifestations urinaires.

Nous insisterons plus particulièrement sur les hémorragies qui sont les plus fréquentes des manifestations hémorroïdaires.

On distingue deux types :

I) -Les hémorragies macroscopiques, plus ou moins abondantes spontanées, pouvant survenir en dehors de la défécation et qui peuvent donner un tableau dramatique. Il s'agit parfois d'hémorragies artérielles importantes avec le sang s'échappant en jet d'une hémorroïdes ulcérée mais ces cas sont très rares et du à des contingences locales exceptionnelles.

Ces hémorragies spectaculaires n'entrainent pratiquement jamais d'anémie.

Elles peuvent cependant être tellement importante qu'elles imposent une transfusion sanguine. Ces cas sont tout de même l'exception.

.../...

2°) - les hemorragies microscopiques de faible abndance qui accompagnent les selles. Elles peuvent survenir après les selles les arrosant, mais elles peuvent également les précéder ou être mélangées.

Le saignement peut aussi passer pratiquement inaperçu.

La fréquence de l'hémorragie est très variable. Elle peut survenir d'une façon capricieuse et intermittente, régulièrement ou de façon très périodique.

Ce sont les hémorragies de faible abondance, le plus souvent microscopiques qui donnent des tableaux d'anémie.

Le tableau clinique d'une telle anémie est très pauvre.

Parfois, c'est la découverte lors d'un examen systématique d'une anémie hypochrome d'un souffle systolique qui fait entreprendre des investigations étiologiques ou bien c'est pour une dyspnée d'effort, pâleur, asthénie avec un état général bien conservé par ailleurs qu'on demandera une numération formule sanguine qui révèlera l'anémie.

L'interrogatoire peut nous révèler la notion d'hémorroïdes mais souvent, il faut pour cela questionner le malade avec insistance.

Si la notion d'hémorroïdes est connue, les recherches étiologiques seront simplifiées bien que l'existence d'hémorroïdes ne doive pas faire éliminer une autre cause, un cancer du tube digestif par exemple.

Sinon, c'est lors d'un examen systématique que le diagnostic se fait.

A l'inspection, on peut découvrir au niveau de la marge de l'anus une zone oedematiee, souple, non indurée, plus ou moins sensible à la pression.

Le toucher rectal peut permettre de découvrir des hémorroïdes. Il est douloureux, entrainant une sensation de brulure au niveau de l'anus, mais il permet rarement de sentir la saillie de veines hémorroïdales. Par contre son intérêt réside dans le fait qu'il permet d'apprécier la tonicité du sphincter anal, et surtout d'éliminer une lésion organique anorectale qui pourrait rester ignorée.

L'anuscopie est le temps capital de l'examen car il permet de voir les hémorroïdes.

La muqueuse apparait plus ou moins rouge violacé ou carminé selon le degré de l'anite concommittante.

Les hémorroïdes apparaissent sous forme de bourrelet bleuté et en faisant pousser le patient, on peut mettre en évidence le degré de procidence. Parfois on mettra en évidence le s ignement à ce niveau.

L'anuscopie et la rectoscopie qui peut être associée permettent éventuellement d'éliminer ou d'affirmer une lésion organique qu'il faut toujours suspecter de peur de la négliger.

Une fois le diagnostic d'hémorroïdes posé, un examen général permettra éventuellement de trouver la cause soit cardiopathie, entrainant une stase au niveau de la grande circulation, soit hypertension portale due à une cirrhose quelle que soit son origine,

soit une cause gynécologique, obstétricale, prostatique ou tout simplement mode de vie ou terrain.

Dans les cas qui nous intéressent, l'examen des organes hématopoïétiques n'apporte aucun élément car ceux ci sont tout à fait normaux, pas, pas de splénomégalie ni d'adénopathie.

EXAMEN DE LABORATOIRE.-

L'examen du sang montre une anémie variable pouvant aller jusqu'à deux millions avec une nette diminution de l'hémoglobine (au dessous de 35p.100.)

La valeur globulaire varie entre 0,30 et 0,80. La microcytose est habituelle avec des diamètres variant entre 5 et 6 / .

Il existe une anisocytose et poïkilocytose commune à toutes les anémies mais sans caractère particulier. Leucocytose, polynucléose et hyperplaquettose seraient souvent associées mais DE DONATO n'a pas rencontré de variation du nombre des plaquettes.

Le temps de saignement et le temps de coagulation sont normaux de même que la résistance capillaire et le temps de QUICK. On n'a pas pu mettre en évidence dans le sang de facteur anémiant.

On se trouve donc devant une anémie hypochrome pure sans syndrome hémorragique avec état général conservé.

Un bourrelet hémorroïdaire patent mais pas particulièrement hémorragique permet de suspecter l'étiologie mais c'est le traitement sclérosant qui fait le diagnostic.

.../...

.../...

En effet, le traitement sclérosant permet d'affirmer le diagnostic d'anémie hémorroïdaire. Ce traitement associé à une thérapeutique martiale apporte une amélioration rapide et nette de l'état anémique.

Ceci est un excellent test diagnostic qui est d'autant plus spectaculaire qu'il est rapide, l'anémie se réparant dès les premières injections et parfois même dès la première injection. Le taux d'hémoglobine remonte aussi progressivement à la normale.

Ce traitement sclérosant ne devrait pas être fait sur des hémorroïdes externes, c'est la cure chirurgicale qui est le traitement. Nous avons eu l'occasion de voir des récidives d'hémorroïdes esternes traitées par la sclérose pour lesquelles la cure chirurgicale est alors rendue plus délicate.

Il est un point sur lequel il faut particulièrement insister comme nos maîtres l'ont toujours fait, c'est à savoir que le diagnostic d'hémorroïdes ne doit pas suffir à expliquer une anémie ou quelque trouble que ce soit au niveau du canal anal.

En effet, comme nous l'avons déjà signalé, les hémorroïdes sont très souvent associées à un cancer plus haut situé ou à toute autre cause.

Nous pouvons citer parmi celle-ci : le cancer de l'anus, les tumeurs sigmoïdiennes, la diverticulose, la rectocolite parasitaire, la rectocolite hémorragique et ulcéreuse, les radiomucites.

Le diagnostic est posé grace à la rectoscopie qui permet de voir directement les lésions ou encore le lavement baryté qui visualise un plus grand territoire.

.../...

TENTATIVE D'EXPLICATION DE L'ANEMIE.-

On explique actuellement l'anémie par l'épuisement des organes hématopoïetiques et leur débordement devant les pertes de sang répétées.

Les hématies ont une durée de vie moyenne de cent vingt jours dans les conditions normales de formation.

La moelle osseuse produit environ cent cinquante millions de globules rouges par minute et une quantité égale est détruite à chaque minute par hémolyse dans le système réticulo endothélial et le rate.

Mais la moelle est susceptible de s'adapter aux modifications de la masse globulaire et de la concentration du sang en hémoglobine et leur conserver un taux constant. Cette régulation est sous la dépendance des conditions d'environnement médullaire et de facteurs humoraux spécifiques d'origine extra médullaire.

L'existence de cette régulation a été démontrée par CARNOT & DEFLANDRE qui ont mis en évidence au niveau du rein, la sécrétion d'une substance, l'érythropoïétine plasmatique, qui aurait un rôle majeur mais non unique dans la régulation de l'érythropoïèse.

Cette érythropoïétine serait sous la dépendance des besoin en oxygène du tissu rénal.

L'érythropoïétine agit directement sur la moelle par orientation préférentielle de la différenciation cellulaire primitive dans le sens érythroblastique.

La moelle osseuse peut ainsi multiplier la quantité de globules rouges formés jusqu'à 6 fois son potentiel habituel.

.../...

Pour ce faire il faut augmenter l'apport alimentaire en matériaux nécessaires à l'élaboration des hématies puisqu'ils se trouvent éliminés dans les fèces, c'est à dire augmentation de l'apport de fer, de vitamines du groupe B et de protéïnes.

L'adjonction seule de fer ne peut d'ailleurs pas réparer l'anémie.

Il faut donc considérer que dans cette anémie interviennent deux facteurs. Nous avons une diminution des hématies par déperdition, fuite dans les selles. Par ailleurs les globules rouges formés du fait des carences complexes par apport insuffisant pour combler les pertes, sont fragilisés et par là même détruits plus rapidement, leur durée de vie est écourtée.

On aboutit donc à un dépassement du pouvoir régénérateur de la moelle osseuse, d'où anémie et à une hypochromie.

TRAITEMENT :

1°) - Il ne faut pas négliger de préscrire les règles hygiènodiétètiques valables pour toutes les formes d'hémorroïdes.

- Suppression des mets épicés ou faisandés, poivre, cornichons, moutarde, alcool.

- Régime adapté au trouble du transit en cause, que ce soit la diarrhée ou la constipation.

- Pas d'excès alimentaires.
- Pas de sports violents, ni automobile, ni cyclisme, ni équitation.

- Pas plus qu'une vie sédentaire.

2°) - Les thérapeutiques à base de vitamine PP qui agissent sur la tonicité vasculaire et à leur tête l'Intrait de marron d'Inde.

3°) - Le traitement spécifique des formes anémiques, à savoir la sclérose.

Celle ci fait disparaitre l'anémie très rapidement, de façon spectaculaire même. La remontée du taux des hématies est favorisée et consolidée par un apport concommittant de fer et de vitamine B 12, ces deux éléments étant nécessaires à la synthèse des hématies.

L'arrêt rapide du saignement est du, selon SOULLARD à une vaso constriction réflexe au niveau de la muqueuse.

Ce traitement peut être considéré comme traitement d'urgence dans les hémorragies graves tant il est rapide.

Cependant dans la forme d'hémorragie massive qui est très rare, on peut être amené à restaurer la masse sanguine par un apport de sang ;

mais cette forme se rencontre très rarement et la sclérose est suffisante pour faire disparaitre l'anémie.

La durée d'action du traitement semble plus longue dans les formes peu procidentes et les récidives plus fréquentes dans les formes pseudo-tumorales ou les hémorroïdes marginales de 5 heures, celles-ci étant rebelles à la sclérose.

On voit fréquemment survenir des procidences en cours de traitement.

Le traitement local par suppositoires anti-congestifs ou anti inflammatoires est recommandé par A.BENSAUDE pendant la durée du traitement sclérosant et après il le conseille par cures courtes de dix à quinze jours à la moindre alerte.

Technique de la sclérose :

A l'aide d'un anuscope introduit de façon à dépasser le bourrelet hémorroïdaire, on visualise la région sus-hémorroïdaire dans laquelle doit être pratiquée l'injection. Puis après désinfection locale du point choisi, on fait pénétrer l'aiguille dans sa totalité obliquement jusqu'à la sous muqueuse doucement et sans à coup.

L'injection doit se faire facilement à l'aide d'une pression modérée sur le piston de la seringue, il ne doit pas y avoir de résistance car celle ci signe une mauvaise position de l'aiguille.

Lorsque l'injection est réussie, une boule d'oedème formée par le liquide sclérosant apparait. Il soulève la muqueuse du canal anal sans en modifier la coloration rosée.

Les injections se font à la fréquence d'une par semaine avec le chlorhydrate de quinine urée à 5p.100 qui est le plus fréquemment employé.

Il existe des incidents locaux qui peuvent être précoces ou tardifs.

a) Les incidents précoces sont :

- la douleur qui survient lors de la piqure instant après, elle est minime.

- l'hémorragie qui est relativement fréquente, minime et cède rapidement.

b) Les incidents tardifs sont :

- l'escarre se manifestant par une douleur et des hémorragies durant 10 à 15 jours, ces signes régressant spontanément et n'étant pas suivis de séquelle.

- Abcès et phénomènes de suppuration au point de piqure peuvent être évités par des précautions d'aseptie et de soins locaux.

L'injection sclérosante seule apporte une amélioration nette de l'anémie mais il faut la compléter par un apport de fer sous forme de sel ferreux par voie buccale et de vitamine B 12 également sous forme buccale, pour consolider le résultat.

L'organisme étant carencé en vitamine B 12 et en fer ces deux substances doivent être apportées nécessairement pour permettre la synthèse de l'hémoglobine sinon on ne peut obtenir une guérison stable de l'anémie.

Le traitement ainsi conduit apporte une amélioration dès la première injection mais il faut faire souvent plusieurs injections pour obtenir la guérison. Les injections se font au rythme d'une par semaine.

EN RESUME

Les anémies hemorroidaires se rencontrent tres rarement et ne posent pas de probleme special lorsque les hemorroides sont connues;

Ce qu'il faut retenir c'est le fait que devant un tableau d'anemie hypochrome avec un etat genéral assez bien conservé il faut penser aux hemorroides et questionner le patient avec insistance afin de lui faire avouer qu'il a des hemorroides.

Par contre aussi importante que le diagnostic , est la notion de lesion associée aux hémorroides.

Enfin,ne pas hésiter à pratiquer une anuscopie pour en affirmer le diagnostic.

Ilfaut savoir ne pas se contenter du diagnostic d'hé--morroide pour éviter de méconnaitre un cancer sus-jacent.

Le diagnosticd'anémie hémorroidaire étant posé le résultat spectaculaire du traitement sclérosant en apporte la preuve.

XVII

Monsieur M. PIERRE, 30 ans,

Avait consulté dans le service du Pr. Jean BERNARD pour une anémie.

Une recherche étiologique a permis de trouver des hémorroïdes saignants.

En Janvier 1945, les hémorroïdes sont connues depuis 6 à 8 mois, mais avant existaient déjà de petits saignements.

- Hémorragies ++ au moment des selles par périodes de 15 jours à 3 semaines.

- Jamais de moelena
- Pas de procidence ou gène après les selles
- Peu de douleurs
- Pas de suintement
- Pas de constipation.

<u>Antécédents</u> = Fistule anale en 1942.

Examen = R A S en dehors des hémorroïdes

- <u>ANUSCOPIE</u> =

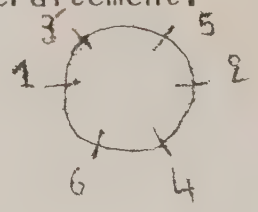
<u>Traitement</u> par injections sclérosantes
apparition d'une procidence en cours de traitement.

<u>Rechute</u> - en Novembre 1945
avec procidence et saignement

-Septembre 1946

-6 injections échelonnées sur 2 ans

En Février 1949 = - pas de procidence
- saigne au moment des selles
- absence de douleur.



XVIII

Madame G. MARGUERITE, 42 ans,

consulte en Mars 1952 pour :

-hémorroïdes connues depuis 1 an, mais devenues procidentes à l'occasion et en dehors des selles depuis 6 mois.

-Asthénie, dysphée, "battements de coeur".

-Suintement au niveau de l'anus.

-Pas de règles depuis l'âge de 27 ans.

-Constipation très importante

EXAMEN CLINIQUE :

RAS à signaler.

-Rectoscopie : jusqu'à 16cm, rien.

-Anuscopie = Hémorroïdes procidentes.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE :

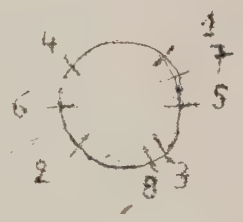
-Hémoglobine = 55p 100

-Valeur Globulaire = 1

-Hématies = 2 650 000

-Leucocytes = 4500

-Anisocytose modérée.



Traitement sclérosant mis en route :

A la fin du traitement : apparition d'une escarre supérieure accompagnée d'un train subfébrile.

Rechute vers Mars 1953.

La procidence devient de plus en plus importante et saigne.

Elle ne cède qu'à trois séries d'injections.

Mais il faut noter une constipation importante et opiniâtre.

.../...

.../...

JUIN 1964:

-Douleur anale sourde en s'asseyant (fracture du coccyx il y a 2ans).

-Pas de douleur à la défécation.

-Pas de sang dans les selles.

-Pertes blanches sans gravité .

.../...

XX

Madame R.DENISE, 40 ans,

consulte en Mai 1963 pour :

-Hémorroïdes connues depuis longtemps avec hémorragies rectales fréquentes et plus intenses depuis peu.

- Anémie clinique et biologique :

-Hématies = 2 800 000

-Hémoglobine = 59p.100

-Valeur Globulaire = 0,95

-Leucocytes = 5300 dont 56p.100 de polynucléaires
32p.100 de lymphocytes

-Anisocytose et anisochromie

T A = 17 - 11

-Pas de grosse rate

-Foie débordant de 2 1/2 travers de doigt mais à limite supérieure abaissée.

-Coeur Normal

-Toucher rectale = Hémorroïdes externes et internes.

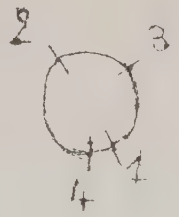
Antécédents : ictère de 2 mois

Rectoscopie : jusqu'à 20 cm rien à signaler

Anoscopie : Hémorroïdes internes ++ dont 1 à 5h procidente avec un petit caillot.

Traitement : 1ère injection = 3 501 000 hématies
puis 2 680 000

-Ensuite amélioration clinique.



Monsieur P.RENE, 52 ans,

Consulte en Mai 1954 pour :

- "troubles colitiques",
- Douleur sourde à début épigastrique irradiant dans les flancs droit et gauche,
  survenant environ 1h après tous les repas.
- Quelques nausées au début.
- Constipation habituelle
- Perte de poids de 3 kgs en 1 an.
- Par ailleurs, RAS.

Antécédents :

- Hémorroïdes avec crises douloureuses en 1938, mais ne s'étant pas manifestés depuis.

EXAMEN :

- Hémorroïdes procidentes et suintantes
  présence d'oxyures.
- Examen général ; R A S.
- Rectoscopie : jusqu'à 20 cm, pas de lésion visible
- Anuscopie : hémorroïdes internes.

T A = 14-8

Lavement baryté = Transit normal

-Numération globulaire du 2 - VI

-Hémoglobine : 55 p.100

-Hématies : 3 180 000

-Valeur globulaire : 0.86

-Leucocytes : 6100 dont 72p 100 polynucléaires neutrophiles.

.../...

- Anisocytose assez marquée.
- Et poïkilocytose peu marquée.

Traitement :

-6 Injections sclérosantes.

13 VII - N F S =

-Hémoglobine 90 p.100

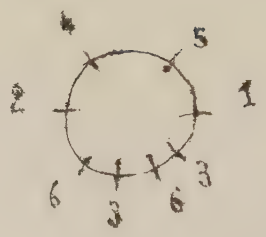
-Hématies : 4 930 000

-Valeur globulaire : 0.91

-Leucocytes : 7200

-Anisocythose peu marquée.

-Poïkilocytose assez marquée.



A ensuite fait des rechutes ayant nécessité de nouvelles injections sclérosantes en septembre 1958 (avec escarre à 5h qui s'est surinfectée) et en Janvier 1966.

A chaque rechute, le patient présente des signes clinique d'anémie.

L'examen hématologique pratiqué à la fin du dernier traitetement donnait les chiffres suivants :

- Hémoglobine = 90p.100
- Valeur globulaire = 1
- Hématies : 4 500 000
- Leucocytes : 6700

Vu le Président de Thèse

Pr. CONTE

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE.

BENSAUDE A.-"LES HEMORROIDES ET AFFECTIONS COURANTES DE LA REGION ANALE"1967

-DAMAILLACK R.-"HEMORROIDES" (Encyclopédie médico-chirurgicale 9086 A.IOp. I/8)

-RACHET J. ET BUSSON A. -"ANEMIES D'ORIGINE HEMORROIDAIRE" (Revue médicale de Paris I94I. 58 p. 288/92)

-DISSARD P. -"LES HEMORROIDES FORMES CLINIQUES,DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT" (Cahiers médicaux Lyonnais 37. N°7 Septembre I96I)

-MURATORE R. ET OLMER J. "LES ANEMIES,CLASSIFICATION VARIETES ETIOLOGIQUES" (Encyclopedie médico-chirurgicale,sang I300I A IO Février I966)

-CASANOVA P. ET OLMER J. "ANEMIES HYPOCHROMES" (Encyclopédie medico-chirurgicale sang I3004 A IO -Juillet I966)

-SOULLARD J. -"SIGNIFICATION DES HEMORRAGIES HEMORROIDALES")Concours médical 83 P398I -3984-22Juillet I96I)

-MURATORE R.-"MECANISMES REGULATEURS DE L'HEMATOPOIESE ET DE LA LIBERATION GLOBULAIRE" -(MarseilleMed. I962 99 ,I,37 -48)

-HORS J.H."ASPECTS CYTOLOGIQUES ET BIOCHIMIQUES DE L'HEMATO--POIESE -REGULATEUR DE CETTE FONCTION"(Gazette des hopitaux IO 20Septembre I966,I38,25-26, II87-II90)

-BERNADON A. "HEMATOPOIESE -ASPECTS CYTOLOGIQUES ET BIOCHIMI--QUES,REGULATION" (Gazette médicale de France -25 Mai I966 - 73, IO 235I 2363)

.../...

-BASERGA A. "REGULATION DE LA CONSTANCE CELLULAIRE DANS LES ORGANISMES ,HEMATOPOIETIQUES " (Hematologica ... 1961 '46 ,I , 61-62 ,bibliographie- Resuméfrançais

-FREJAVILLE J P ET KAMOUN P. "LE SANG 2 ASPECTS ,MORPHOLOGIQUES ETBIOCHIMIQUES DE L'HEMATOPOIESE ET LEUR REGULATION "(Concoursmédical document universitaire suppl. 5Juin 1965 ,23 ,15-21 ,b bibliographie)

-NAUDIN G."LES HEMORROIDES "(Genie medical Sept1967)

-LOEPER ET BERTHAUX P. -"ERYTHROPOIESE REGULATION "(pathologie experimentale 1963 p.465)

ADEMP